

令和 5 年 月 日

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会
会長 加藤 馨 様

住所 _____

施設名 _____

施設長 _____

※併設デイも申し込む場合は、特養の施設長で記載

介護助手導入促進事業（川崎市）申込書 （記載要領）
令和 5 年度介護助手導入促進事業に申し込みます。

○ 実施施設 1

施設種類	名称	定員
特養、有料、デイの別を記載してください。	特養又は有料の名称を記載してください。	名

・業務実施予定 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

○ 実施施設 2 （併設デイ）

施設種類	名称	定員
併設デイを記載してください。	デイサービスセンターの名称を記載してください。	名

・業務実施予定 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

○ 職員共同募集広告 希望の有無を記載してください。

☐ 希望する。（タウンニュース ○頃の発行を予定）

実施施設	介護助手の業務	採用数	摘要
実施施設 1		名	
実施施設 2 （併設デイ）		名	

※摘要には、介護職、看護職などの募集があれば記載してください。

☐ 希望しない。

注) 1 住所が異なる場合は、別葉で申し込んでください。

注) 2 申し込める施設は、特養、デイ(併設も含む。)、有料などの介護サービス事業所です。

事務担当者 _____

電話 _____

FAX _____

E-mail 必ず記載してください。 _____

送付先 （FAX又はメールで申し込みください。）

〒 221-0825 横浜市神奈川区反町 3 丁目 17 番地 2

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会

電話 045-311-8745 FAX 045-311-8768

E-mail : k-amk@kanagawa-koureikyo.or.jp